FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

203

Année 1920 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-François ROUFFIGNAC

Né le 5 Juillet 1888, à Marquay.
Interne des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS PULMONAIRE

CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Président : M. JEANSELME, *Professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Phimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur JEANSELME

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

Le Docteur BOURCY (Laënnec, 1907-1908), *in memoriam*.
Le Professeur KIRMISSON (Enfants-malades 1908).

Externat.

Le Professeur DÉJERINE (Salpêtrière, 1908-1909), *in memoriam*.
Le Professeur GOUGET (Saint-Antoine, 1909-1910), *in memoriam*.
Le Docteur CAUSSADE (Tenon, 1910-1911).

Internat provisoire.

Le Docteur PAUL RICHE (Bicêtre, 1911-1912).

Internat.

Le Docteur MICHON (Cochin, 1914; Beaujon, 1919).
Le Professeur agrégé DEMELIN (Lariboisière 1919).
Le Docteur SOULIGOUX (Beaujon, 1919-1920).

INTRODUCTION

Le 21 Octobre 1919, à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur agrégé Demelin, fut examiné un enfant bien développé, né dans la nuit, qui présentait de la dyspnée et comme symptôme dominant, de la cyanose. Cet enfant ne présentait aucune lésion cutanée, n'avait pas de fièvre; presque tous les élèves firent le diagnostic de maladie bleue. Le placenta pesait 750 grammes, l'enfant 3.250; on remarquait de l'œdème sur ses membres inférieurs. Notre maître fit le diagnostic de syphilis pulmonaire. L'autopsie, faite par le Docteur Montet, l'enfant n'ayant vécu que deux jours, montra des gommes pulmonaires très nettes; les deux poumons en étaient farcis ; il n'y avait aucune malformation cardiaque.

Le diagnostic de syphilis pulmonaire, chez un nouveau-né n'ayant guère que de la cyanose, sans aucune lésion spécifique pouvant mettre sur la voie, n'a dû être posé que bien rarement; si l'anatomie pathologique de ces lésions pulmonaires est bien connue à la suite des travaux parus sur cette question depuis une cinquantaine

d'années, la description clinique de la syphilis pulmonaire du nouveau-né n'a jamais été donnée très détaillée. Les auteurs indiquent bien comme symptômes, la dyspnée et la cyanose mais c'est tout. « La syphilis du poumon chez le nouveau-né, dit Marfan, n'a pas d'histoire clinique. Dans certain cas, le fœtus est expulsé mort-né, à terme ou avant-terme. Lorsque l'enfant nait vivant, bien souvent il n'est pas viable ; il meurt au bout de quelques heures, de quelques jours, plus rarement de quelques mois. Les lésions syphilitiques congénitales du poumon ne paraissent pas compatibles avec la vie. Elles sont presque toujours des trouvailles d'autopsie ; il est fort difficile de les diagnostiquer. A peine peut-on les soupçonner lorsqu'on constate les signes de bronchopneumonie chez un nourrisson manifestement infecté par la vérole, offrant sur les téguments des lésions syphilitiques, ayant un gros foie, des hémorragies multiples et présentant tous les attributs de la cachexie syphilitique infantile si bien décrite par Trousseau ».

En dehors de la dyspnée et de la cyanose, sans aucune lésion spécifique, existe-t-il d'autres signes qui permettent de faire le diagnostic et d'éliminer les autres états cyanotiques que l'on observe si souvent chez le nouveau-né ? Nous n'avons personnellement pas assez d'observations pour répondre à cette question ; mais en consultant les observations, assez peu nombreuses, publiées à ce sujet, nous avons cru que l'œdème des membres inférieurs, indiqué dans quelques-unes, et sur lequel s'est basé notre maître, M. Demelin, pour faire son diagnostic, était un nouveau signe à ajouter aux deux pré-

cédents. Ce modeste travail n'a pas d'autre prétention que de compléter un peu la symptomatologie de cette affection, rare il est vrai, et démontrer comment il est parfois possible de faire un diagnostic; celui-ci a une certaine importance, non parce qu'il pourra commander ou non le traitement spécifique qui paraît inutile, tant l'affection est grave, mais parce qu'il fixera un peu le pronostic, fatal dans le cas de syphilis pulmonaire, moins grave dans les affections variées qui, comme elle, s'accompagnent de cyanose et de dyspnée.

HISTORIQUE

La syphilis du poumon, soupçonnée par Ambroise Paré, a été décrite par Astruc au XVIII^e^ siècle; après avoir été longtemps discutée, elle a été définitivement démontrée par les travaux de Lagneau, Landrieu, Lancereaux, Fournier. A la suite de ces auteurs, les travaux se sont multipliés et la syphilis pulmonaire de l'adulte est, depuis longtemps, bien connue dans ses lésions anatomiques et dans ses formes cliniques extrêmement variées.

Beaucoup plus longtemps que la syphilis pulmonaire de l'adulte, les lésions spécifiques du poumon chez le fœtus et le nouveau-né restèrent ignorées et prises pour des lésions banales. Depaul fut le premier, en 1837, à montrer chez un fœtus des lésions qu'il attribua à la syphilis; quand il fit sa première communication, son opinion ne fut pas admise par tous et ce n'est guère qu'après une nouvelle communication qu'il fit en 1851 que des travaux commencèrent à être publiés sur ce sujet.

Dans la première observation de Depaul, qui fut publiée dans le *Bulletin de la Société Anatomique*

de 1837, il s'agissait d'un enfant né au huitième mois de la grossesse environ, qui fit à peine deux ou trois mouvements respiratoires et qui mourut en quelques minutes. La mère portait des lésions nettes de syphilis secondaire. Chez ce nouveau-né, Depaul ne signale pas de cyanose, mais une légère infiltration sur les parois abdominales, s'étendant de là jusque sur les parties latérales du cou sans gagner les membres; à l'autopsie, on trouva de l'ascite et un peu de sérosité dans les cavités pleurales. Tous les organes parurent sains sauf les poumons. « Pour retirer les poumons de la poitrine, dit Depaul, je dus détruire quelques adhérences circonscrites de leurs bords postérieurs avec la plèvre pariétale. Tous les deux étaient bosselés à leur surface, plus lourds que dans l'état normal et d'une coloration grisâtre. Quelques-unes de ces bosselures, celles surtout dont la paroi externe était amincie, avaient une teinte jaunâtre; sur plusieurs, la fluctuation était évidente et deux d'entre elles occupaient exactement le sommet des poumons; les autres siégeaient indistinctement sur tous les autres points. En les incisant, on tombait dans un foyer contenant une matière purulente, grisâtre, dans laquelle ne nageait aucun débris. Les parois de la cavité étaient irrégulières, d'un gris plus blanc que le reste du tissu pulmonaire qui paraissait avoir sa consistance et sa coloration ordinaires dans les points qui n'avaient pas été envahis par la suppuration. D'autres foyers que ceux annoncés par les bosselures observées à l'extérieur existaient au centre des poumons qui en étaient parsemés, le tissu propre parais-

sant réduit à de simples cloisons qui isolaient ces collections les unes des autres. La trachée n'offrait rien de remarquable; les bronches étaient obstruées par des mucosités épaisses ; pas une bulle d'air n'avait pénétré dans le tissu pulmonaire. Sur la plèvre, il existait, dans les points voisins des adhérences signalées, quelques traces d'inflammation. Le joint adhérent avait acquis une consistance et une épaisseur plus grandes ».

La plupart de ceux qui participèrent à la discussion qui suivit la lecture de cette observation comparèrent ces lésions à celles qu'ils avaient fréquemment observées chez des vieillards; Cruveilhier pensa que les lésions décrites par Depaul devaient être considérées comme des abcès multiples, résultant d'inflammations partielles du tissu pulmonaire; Depaul lui-même avait pensé d'abord qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses, mais se souvenant des cas analogues qu'il avait observés à la Maternité, il pensa à rattacher ces lésions à la syphilis, étant donné les lésions spécifiques de la mère. Et donnant les résultats d'autopsies d'enfants mort-nés ou ayant vécu peu de temps, issus de mères syphilitiques, Depaul fait presque toute l'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire du fœtus : « Dans ces divers cas, l'autopsie fait constater des altérations variables. Dans quelques-unes, on trouve, dans une étendue plus ou moins grande de l'un des deux poumons, les traces d'une inflammation chronique qui, en changeant la coloration et la densité du tissu, l'a rendu imperméable. Ces enfants, si l'inflammation accuse une étendue assez considérable, font quelques inspirations et succombent;

si une plus grande partie des poumons est restée perméable, la vie peut se prolonger plus longtemps.

« Il en est qui naissent avec des poumons farcis soit de collections purulentes de nature particulière, soit de tubercules ramollis et en suppuration ; et lorsque l'altération est aussi générale que dans le cas qui a fait le sujet de mon observation, l'enfant fait seulement quelques efforts d'inspiration ; le cœur bat encore chez lui avec assez de force et il ne meurt, évidemment, que parce qu'une cause matérielle empêche la respiration de s'établir. »

Ainsi fut décrite en 1837 par Depaul, la syphilis pulmonaire du fœtus et du nouveau-né, jusque là totalement ignorée. En parcourant le livre de Billard sur les maladies du nouveau-né, ouvrage classique vers 1830, on chercherait en vain des renseignements sur ce sujet ; dans la troisième édition de cet ouvrage, parue en 1837 et revue par Ollivier d'Angers, on trouve seulement les quelques lignes qui suivent, empruntées à Cruveilhier dans son anatomie pathologique du corps humain. « Un grand nombre d'enfants qui meurent avec des pustules syphilitiques, succombent à des pneumonies ou à des lésions du poumon antérieures à la naissance. Chez l'un deux, le tissu pulmonaire était infiltré çà et là de sang et de sérosité ; chez un autre on trouva une pneumonie lobulaire et suppurée ; chez un troisième, les poumons étaient indurés et il existait un catarrhe pulmonaire ». Cruveilhier paraît bien ainsi avoir eu le mérite de noter la fréquence des lésions pulmonaires chez des nouveau-nés syphilitiques mais

ce fut Depaul qui, le premier, pensa à rattacher nettement ces lésions à la syphilis.

Dans la note de Depaul, on lit la description des gommes pulmonaires et l'inflammation chronique dont il parle, qui, en changeant la coloration et la densité du tissu, le rend imperméable à l'air, n'est sans doute que cette lésion particulière au nouveau-né, cette pneumonie blanche, terme devenue classique pour désigner la syphilis pulmonaire du nouveau-né, et dont on attribue à Virchow la première description en 1847. « Chez un enfant nouveau-né qui servait à un examen judiciaire, dit Virchow, on trouva des poumons qui paraissaient si étendus et si légers que les examinateurs crurent avoir devant eux des poumons qui avaient déjà respiré. Combien grand fut leur étonnement en voyant que les divers fragments des tissus allaient au fond de l'eau. Un examen plus attentif montra qu'en réalité il n'y avait pas une bulle d'air dans les poumons; au contraire, la coupe avait beaucoup plus l'aspect d'une pneumonie au stade de l'hépatisation blanche. Et cependant, les poumons se laissaient insuffler. Le microscope montra enfin qu'il n'y avait aucune trace d'exsudat mais que les vésicules pulmonaires étaient remplies de cellules épithéliales très nombreuses et graisseuses. » Cette observation en quelques lignes, où il n'est nullement question de syphilis, suffit-elle pour qu'on puisse dire « la pneumonie blanche de Virchow »?

Autrement précise est la description que donnèrent en 1855, Lorrain et Robin. Ces auteurs, dans leur note

sur « l'épithélioma pulmonaire du fœtus » disent : « la lésion du poumon des enfants nouveau-nés ou abortifs, qui fait le sujet de ce travail, a déjà été décrite quant à ses caractères extérieurs mais nous n'avons pas vu que sa nature ait été déterminée exactement. Elle consiste essentiellement en une réplétion des canalicules pulmonaires ou respiratoires par l'épithélium pavimenteux de ces conduits qui les rend imperméables à l'air, soit par inspiration au moment de la naissance, soit même par insufflation après la mort... » « ... L'épithélioma fœtal peut occuper un espace limité, former une masse indurée plus ou moins grosse, ou envahir un lobe pulmonaire entier...

« En dehors de la question d'anatomie pathologique, il y a la question d'étiologie. La variété d'épithélioma dont nous parlons coïncide habituellement avec le pemphigus néo-natorum, et celui-ci a été considéré comme une manifestation de la syphilis héréditaire maternelle ou paternelle ».

L'enfant qui présentait cette lésion, portait d'autres signes de syphilis : pemphigus généralisé, volume considérable de la rate; il fit trois inspirations seulement.

« Les poumons étaient denses, épais, charnus. En les pressant avec les doigts, on ne percevait pas la crépitation que donne l'air contenu dans les cellules pulmonaires. Au lieu de sentir s'affaisser sous le doigt le poumon, au lieu d'avoir la sensation d'un tissu élastique, il semble qu'on presse un morceau de foie. En un mot, nous aurions volontiers appelé hépatisation blanche cet

état des poumons. La densité paraît la même dans tous les points et nulle part, on ne perçoit ni dureté ni ramollissement circonscrits; les ganglions ne sont pas engorgés, ils sont très petits et offrent leurs caractères habituels.

« Si l'on incise ces poumons, le tissu ne fuit pas, ne s'affaisse pas sous le scalpel; il résiste et est coupé nettement. Sa dureté est telle qu'elle dépasse de beaucoup celle qu'on rencontre dans l'hépatisation. La surface coupée est unie, lisse, brillante, d'un blanc à peine rose, coûleur de chair, formant comme une masse compacte divisée par les cloisons celluleuses qui circonscrivent les lobules pulmonaires. »

Ainsi se trouve parfaitement décrite, et, pour la première fois rapportée à la syphilis, cette hépatisation blanche dont on attribue, peut-être à tort, la première description à Virchow. Nous voyons, en effet, que jusqu'ici, les auteurs qui ont fait connaître la syphilis pulmonaire du nouveau-né, qui en ont parfaitement décrit les lésions et qui ont rattaché ces lésions à la syphilis sont Depaul en 1837 d'une part, Lorain et Robin en 1855, d'autre part. Ces derniers auteurs ont vu cette forme particulière, l'hépatisation blanche, que Depaul n'avait pas encore séparée nettement de la forme gommeuse.

A partir de cette époque, on commence à trouver dans la littérature médicale des renseignements sur la question; les syphiligraphes notent les lésions pulmonaires au cours de leurs articles ou de leurs leçons sur la syphilis congénitale; quelques communications sont

faites de temps en temps uniquement sur ces lésions pulmonaires.

En 1865, Fontan rapporte une observation de gommes syphilitiques des deux poumons sur un fœtus de huit mois. Une femme ayant présenté l'accident primitif un mois environ avant sa grossesse et ayant eu deux poussées de plaques muqueuses pendant celle-ci, accoucha d'un enfant chétif et souffrant qui présentait de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales. La respiration était difficile sans qu'il y ait de cyanose très prononcée. Malgré la respiration artificielle, les frictions, la respiration ne devint pas normale et l'enfant mourut au bout d'un quart d'heure.

« A l'autopsie, l'examen le plus attentif ne révéla aucune lésion, ni dans le placenta, ni dans les viscères, à l'exception des deux poumons. On constata la présence de 4 tumeurs à droite et de 5 à gauche. Ces tumeurs, d'un volume variant de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une petite noix, occupent les différents lobes du poumon... Ces tumeurs occupent les 4/5 de la masse totale des poumons qui, plongés dans l'eau, ne surnagent pas, malgré les quelques portions remplies d'air.

« Ces tumeurs apparaissent sous la forme de noyaux jaunâtres, sans bosselures, plus ou moins volumineux et résistants. Ces noyaux, isolés et très appréciables au toucher, se voient encore par transparence à travers la plèvre viscérale et la mince couche de parenchyme pulmonaire qui les recouvre.

« A la coupe, les gommes les moins volumineuses se présentent sous la forme de petites masses arrondies, d'un jaune sale, plus dure à la périphérie qu'au centre et offrant dans leur intérieur, quelques tractus fibreux, des petits vaisseaux et des granulations jaune clair.

« La surface de section des deux plus grosses tumeurs offre l'aspect suivant : une partie périphérique jaunâtre, résistante et contenant surtout des éléments fibro-plastiques; l'autre, centrale, excavée, d'une coloration plus foncée et remplie d'une bouillie putrilagineuse; la partie périphérique forme une véritable coque.

« L'examen histologique permet la conclusion suivante : tumeurs de nature conjonctive arrivées à un degré très avancé de dégénérescence graisseuse. »

Un peu plus tard, en 1869, Daniel Mollière attire l'attention sur la fréquence des lésions pulmonaires chez les nouveau-nés spécifiques, lésions pulmonaires existant seules, les autres organes paraissant sains. Ces observations apportent peu de renseignements au point de vue symptomatique; à ce point de vue, il cite seulement le cas d'un enfant de deux mois, n'ayant présenté des accidents que vers le 30e jour, accidents consistant en petites ulcérations au pourtour de l'orifice buccal. Au moment de son entrée à l'hôpital, mauvais état général, coryza, plaques muqueuses buccales, toux fréquente. Cet enfant meurt quelques jours après son entrée; à l'autopsie, on trouve tous les viscères normaux sauf un poumon qui présente vers sa partie moyenne deux petits noyaux au niveau desquels son parenchyme, rose partout ailleurs, a une teinte rouge sombre et une

consistance plus dure, tandis qu'on y aperçoit, même à l'œil nu, des granulations grises.

L'auteur donne seulement comme symptôme pouvant attirer l'attention sur l'appareil pulmonaire, la toux, mais il s'agit là d'un enfant de deux mois et c'est là sans doute un symptôme qu'on trouvera bien rarement chez un nouveau-né. Par contre, Daniel Mollière a le mérite d'avoir montré la fréquence de ces lésions pulmonaires spécifiques, et d'avoir indiqué que, dans la syphilis congénitale précoce, les lésions pulmonaires doivent être recherchées systématiquement, aussi bien que les lésions du foie ou de la rate, et alors même que ces derniers organes paraissent sains. En effet, dans d'autres observations analogues à celle que nous avons résumée, et où le diagnostic de syphilis était certain, Mollière note des lésions pulmonaires et l'absence d'autres lésions viscérales. Ce n'est que bien après ce dernier auteur, que Hochsinger montre la fréquence de ces lésions en indiquant que sur 124 autopsies de fœtus hérédo-syphilitiques, il a trouvé 36 fois des lésions pulmonaires.

La même année, Depaul publiait encore une nouvelle observation. Il s'agissait d'un enfant de 2.470 grammes, né dans un état de faiblesse très marquée, au 8e mois de la grossesse. La respiration était irrégulière, haletante, la poitrine violacée. La mort survint le lendemain de la naissance. La mère présentait des signes certains de syphilis secondaire. A l'autopsie, on constata un grand nombre de noyaux pulmonaires, de couleur jaune clair, gros comme de petites noisettes. La coupe

du foie montra également un noyau hépatique; les autres organes ne présentaient aucune lésion. Depaul fit de ces lésions pulmonaires des lésions syphilitiques. « Il y a 40 ans, dit-il, lorsqu'on rencontrait à l'autopsie d'un nouveau-né des altérations pulmonaires semblables à celles de cette observation, on les regardait comme des tubercules ou comme l'indice d'une pneumonie intra-utérine; or, je n'ai jamais trouvé ces lésions que sur des enfants nés de mères syphilitiques ». Depaul attribua la mort de ces enfants atteints de gommes pulmonaires à l'asphyxie, l'air ne pouvant pénétrer dans leurs poumons par suite de la présence de ces altérations spécifiques. Mais puisque la plupart de ces enfants présentent un œdème plus ou moins généralisé, ne peut-on admettre aussi que l'asystolie joue un rôle à côté de l'asphyxie ?

Un peu plus tard, Parrot décrit à son tour la syphilis pulmonaire du nouveau-né et sépare nettement deux formes, d'ordinaire isolées et rarement unies sur le même sujet. Mais il ne s'occupe pas de la symptomatologie de l'affection.

La première forme, dans laquelle on trouve des noyaux disséminés à la périphérie et dans la profondeur du poumon, s'observerait suivant Parrot, sur des enfants qui n'ont pas respiré ou qui sont morts presque aussitôt après la naissance.

La deuxième forme, l'hépatisation blanche, se rencontrerait à la fois sur des mort-nés et des enfants qui ont vécu plusieurs mois. Dans cette forme, le poumon est plus dur, plus lourd, que le poumon de l'enfant qui

n'a pas respiré ; à la coupe, il est blanc, légèrement rosé.

Parrot dit : « de même que les manifestations syphilitiques de la peau, celles du poumon sont précoces et annoncent une intoxication puissante. Elles n'ont pas d'histoire clinique, car, d'une extrême gravité, ou ne permettent pas à la respiration de s'établir ou l'entravent si promptement qu'une mort rapide en est la conséquence inévitable ; et dans le court espace de temps où l'on observe les malades, s'ils présentent des symptômes thoraciques, ceux-ci n'ont rien de caractéristique ».

Vers 1880, on connaissait donc bien les deux formes principales que revêt la syphilis pulmonaire chez le fœtus ou le nouveau-né, on en connaissait la fréquence mais aucun travail d'ensemble n'avait encore paru sur la question ; il existait seulement des communications, peu nombreuses, faites par différents auteurs à propos des cas qu'ils avaient pu observer. Le premier travail complet sur la question est le mémoire de Balzer et Grandhomme qui parut en 1886 et qui est demeuré classique.

Leur travail est basé sur dix autopsies ; ils groupent les lésions qu'ils décrivent sous le nom de broncho-pneumonies syphilitiques, terme déjà employé par d'autres auteurs bien que la plupart des auteurs emploient les termes de pneumonie, pneumonie interstitielle, pneumonie lobulaire ou pneumopathies.

Ils observent des lésions différentes comme aspect, suivant le degré d'intensité ou de chronicité, suivant qu'elles prédominent sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire.

Balzer et Grandhomme distinguent quatre formes :

1° Broncho-pneumonies peu intenses, avec congestion pulmonaire ou splénisation, ou même avec des lésions non apparentes à l'examen macroscopique. On trouve en effet des cas nombreux où les poumons du nouveau-né ou du fœtus syphilitique, souvent sains en apparence, présentent à l'examen microscopique des lésions plus ou moins importantes. Ces lésions ont été observées dans des cas où les poumons paraissaient normaux et dans des cas où l'on ne voyait que de la congestion diffuse. Les lésions microscopiques sont celles de la splénisation. Les poumons avaient, dans une observation, une coloration bleuâtre, avec des ecchymoses nombreuses sur leurs bords postérieurs. Sur la coupe, congestion intense, foyers hémorragiques superficiels, foyers profonds plus vastes et diffus. A l'examen microscopique, les bronches présentent une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de leurs parois, infiltration s'étendant aussi aux parois des alvéoles les plus voisines. Les infiltrations sanguines sont très étendues, intra-alvéolaires et intra-bronchiques, se retrouvant aussi dans les parois des vaisseaux et dans le tissu conjonctif de la paroi des lobules.

Ces lésions montrent à leur minimum ce que sont les lésions pulmonaires des nouveau-nés syphilitiques. Daniel Mollière les considère comme caractérisant la première phase de la syphilis pulmonaire congénitale. Dans tous ces cas, il existe des modifications des tuniques externe et interne des vaisseaux, modifications qui,

avec la gêne circulatoire, peuvent expliquer la fréquence des hémorragies observées dans presque tous les cas.

Chez des fœtus ou des nouveau-nés spécifiques, il faut donc faire un examen microscopique pour observer ces altérations du début; rien, en effet, à l'examen macroscopique des poumons ne permet de soupçonner la syphilis; même si le poumon présente une congestion diffuse, surtout marquée dans la région postérieure, même si les parties atteintes ont une coloration violette si elles crépitent peu, elles surnagent si on les place dans l'eau, quand il s'agit de nouveau-né spécifique ayant respiré. Les deux formes principales de la syphilis du poumon, les gommes et la pneumonie blanche, sont chez le nouveau-né comme chez l'adulte, des lésions tertiaires. Or toutes les lésions tertiaires semblent débuter par les artérioles et les capillaires. A ce stade initial, vu par Balzer et Grandhomme, c'est précisément la prédominance des lésions du système vasculaire qui fera reconnaître la syphilis.

2° Broncho-pneumonie à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale à la partie postérieure des poumons. Les poumons présentent seulement des régions rosées ou légèrement rougeâtres, disposées en bandes à la partie postérieure des poumons avec induration peu accusée. L'examen microscopique montre des altérations comparables à celles des broncho-pneumomies subaiguës des autres maladies infectieuses mais, ici encore, c'est l'intensité plus grande des lésions du système vasculaire qui fait reconnaître la nature syphilitique.

3° Pneumonie blanche : ce qui la caractérise surtout c'est la coloration blanche des poumons. La lésion se présente soit sous forme de noyaux disséminés, soit sous forme diffuse; les parties atteintes ne crépitent pas et, si on les met dans l'eau, elles gagnent le fond du vase. La coloration blanche résulte de l'ischémie du poumon, consécutive au rétrécissement du calibre des vaisseaux. Le tissu conjonctif est profondément altéré : les cloisons qui entourent les alvéoles, les lobules et les ramifications bronchiques sont épaissies, formées par du tissu fibroïde et infiltrées de cellules rondes. Ce processus rétrécit et finit par oblitérer les alvéoles.

Cette forme peut aller plus loin que l'hépatisation blanche, et aboutir à la formation de noyaux fibro-caséeux ou caséeux, véritables gommes qui peuvent en arriver au ramollissement et à la fonte puriforme avec cavernes. Le microscope n'y montre plus alors que des détritus granulo-graisseux.

D'après les travaux modernes, les gommes accompagnent presque toujours la pneumonie blanche. Dans un cas de Marfan et Toupet, le poumon présentait en totalité de l'hépatisation blanche; le tissu en était partout blanc grisâtre, dense, non crépitant; à la surface on voyait saillir quatre ou cinq noyaux gommeux de la grosseur d'un pois.

4° Dilatation des bronches. Cette forme est beaucoup plus rare que la forme scléro-gommeuse précédente. Un cas typique est cité par Balzer et Grandhomme, observé chez l'enfant d'une femme syphilitique. « Cet enfant, né au 9e mois, ne présentait pas de lésions cutanées,

mais un développement considérable de l'abdomen ; cyanosé et respirant à peine au moment de la naissance, la respiration artificielle ne donne pas de résultats et l'enfant meurt au bout d'un quart d'heure, après avoir fait quelques très faibles mouvements respiratoires. A l'autopsie, les viscères, sauf les poumons, paraissent sains en apparence mais le péritoine renferme une grande quantité de liquide légèrement brunâtre.

« Le lobe supérieur du poumon gauche a cinq ou six fois son volume normal et sa surface offre de grosses vésicules saillantes qui le font ressembler à un rein kystique. La coupe montre de grandes cavités ampullaires contenant un liquide fluide et un peu trouble ; quelques-unes de ces cavités ont les dimensions d'une petite noisette ; d'autres sont beaucoup plus petites. Ces cavités paraissent arriver jusqu'à la plèvre. Au hile du poumon, les bronches paraissent normales. Le lobe inférieur gauche et les lobes du poumon droit sont tassés comme chez un enfant qui n'a pas respiré, mais ils paraissent normaux. L'examen microscopique montre qu'il s'agit de dilatation des bronches avec sclérose du parenchyme pulmonaire. On peut suivre les déformations progressives qui commencent par la dilatation et la déformation des bronches, aboutissent à la formation de ces ampoules dont les parois sont formées, partie par les débris des parois bronchiques et partie par les alvéoles péri-bronchiques.

« L'examen des autres parties du poumon, en apparence saines, montrent, à l'examen histologique, des lésions de broncho-pneumonie chronique avec sclérose,

déformation et commencement de dilatation des bronches ».

On ne retrouve pas d'observation analogue, indiquant la dilatation des bronches, dans la littérature médicale, sauf une observation de Grawitz, rapportée par Balzer et Grandhomme, dans laquelle il n'est pas fait mention de la syphilis comme cause des lésions observées qui ont une ressemblance remarquable avec celles qui viennent d'être décrites. Il s'agissait de bronchectasie diffuse observée sur un enfant mort après quelques mouvements respiratoires ; le poumon droit montrait une poche polykystique dans son lobe inférieur, avec des cavités dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'une noisette. On pouvait suivre les grosses bronches jusqu'à la poche polykystique.

Cette bronchectasie s'explique facilement. Si l'on songe que les lésions syphilitiques du poumon du nouveau-né aboutissent le plus souvent à la sclérose, que le processus se développe surtout autour des axes artério-bronchiques, détruisant les fibres musculaires de la bronche, on concevra aisément qu'il puisse se produire de la dilatation des bronches.

A la suite de ces divers travaux, plusieurs observations sont publiées en France et à l'étranger ; celle de Bériel et Favre est une des plus intéressantes, ces auteurs ayant constaté, comme Jambon, la présence des trépomènes dans les lésions. Une femme syphilitique accouche d'un garçon à terme de 2.870 grammes, pour 480 grammes de placenta, et qui semblait bien portant à sa naissance. Au bout de 2 jours, on note que

l'enfant respire mal; le lendemain, c'est-à-dire 3 jours après la naissance, l'enfant a toujours de la dyspnée, mais présente ce jour là des signes certains de syphilis, pemphigus plantaire et palmaire, et éruption circinée sur les jambes. Il meurt le 4e jour après la naissance.

A l'autopsie, on ne trouve comme lésions viscérales que des îlots d'hépatisation pulmonaire ; au niveau de ces îlots circonscrits, le tissu est dense et présente une coloration blanche. On pense à des noyaux de pneumonie blanche. Ce qui fait le principal intérêt de cette observation, c'est que la recherche des spirochètes permet de déceler des spirilles dans tous les organes, mais l'infiltration y est assez discrète; il ne s'agit pas de cette infiltration de parasites innombrables qu'on observe par exemple dans les viscères de fœtus macérés.

Les poumons au contraire, contiennent des spirilles très nombreux au niveau des points hépatisés; les spirochètes sont très nombreux autour des parois bronchiques dont l'épithélium est desquamé par places. Dans le tissu inter-alvéolaire et particulièrement dans les parois vasculaires, on les rencontre en grand nombre. A la périphérie de l'îlot hépatisé, les spirochètes sont beaucoup plus rares.

Une autre observation de Bériel et Favre est également intéressante par le problème de diagnostic qu'elle soulève. Il s'agit d'un nouveau-né ayant vécu cinq jours, n'ayant présenté aucun signe pulmonaire mais vomissant tout ce qu'il prenait. Pas de trace de syphilis héréditaire, mais à l'autopsie on trouve, disséminés dans les deux poumons, des nodules pneumoniques très

fermes, ressemblant à la pneumonie blanche, de coloration cependant un peu plus grise que dans les cas bien typiques. Rien de particulier aux autres organes.

On trouve à l'examen des signes histologiques d'une inflammation banale et la recherche des spirochètes donne un résultat négatif. Est-ce donc là un cas de syphilis pulmonaire ou bien simplement un cas d'inflammation banale puisqu'il est admis à l'heure actuelle que l'on peut observer avant la naissance des infections pulmonaires pneumococciques, tuberculeuses, etc..?

Cette observation est à rapprocher d'une observation de Hochsinger de tuberculose pulmonaire chez un nouveau-né syphilitique. Un enfant de 3 semaines, de mère syphilitique, présente des manifestations très apparentes de syphilis : nez effondré, syphilides papuleuses, gros foie. Comme signes pulmonaires, matité à la base gauche et respiration bronchique. L'enfant est présenté à la Société de dermatologie de Vienne comme syphilitique héréditaire avec pneumopathie syphilitique. L'enfant étant mort au 38e jour, l'autopsie montre une infiltration homogène, grisâtre, dans tout le lobe inférieur gauche, mais on trouve des bacilles tuberculeux dans tout ce tissu.

On voit par ces deux observations, combien il est nécessaire à l'heure actuelle de demander au laboratoire tous les renseignements qu'il peut fournir pour établir d'une façon absolue le diagnostic : recherches des constatations spéciales à la tuberculose, recherche des tréponèmes, examen histologique.

Bériel, dans son travail sur la syphilis du poumon,

où une large part est faite à l'étude de la lésion chez le nouveau-né, note la rareté de la forme gommeuse, les lésions observées étant, dans la grande majorité des cas, celles de la pneumonie blanche. Katz et Durante ont décrit une forme anatomique que, du moins au point de vue macroscopique, nous n'avons trouvé décrite nulle part. Sur un enfant mort après quelques inspirations, ces auteurs trouvent à l'autopsie, en dehors de quelques bulles de pemphigus sur la peau des plantes des pieds, une quantité prodigieuse des gommes viscérales. Le poumon est l'organe le plus atteint; les deux poumons sont en effet criblés de gommes qui font saillie à la surface; elles ont chacune une coloration jaune au centre, rouge à la périphérie; le volume est celui d'un pois: l'aspect ressemble assez à celui d'une variole confluente dont les pustules auraient crevé. On trouve des lésions analogues dans les reins, dans le cœur, sur le diaphragme et l'intestin. Sur les poumons, on ne saurait mieux comparer ces lésions, dit Durante, qu'à une éruption de pustules varioliques. S'agissait-il de gommes, comme le veut Bériel, ou bien de foyers de nécrose, comme le voudrait Durante, qui a trouvé sur les vaisseaux, en dehors des limites de ces pseudo-gommes mais leur correspondant, des lésions d'endo-périartérite intense entraînant l'oblitération de leur lumière et expliquant les foyers de nécrose dans les zones qu'ils irriguaient? Dans le rein, les lésions étaient identiques : foyers de nécrose qu'expliquait l'endo-périartérite des artérioles du sommet de la pyramide, endo-périartérite allant jusqu'à l'oblitération. Cette

observation permet-elle d'ajouter une nouvelle forme anatomique aux lésions habituelles de la syphilis pulmonaire du nouveau-né, et de décrire des lésions d'infarctus par endartérite oblitérante ?

Pour résumer ces nombreux travaux, on peut dire :

1° Que les lésions pulmonaires chez le fœtus ou le nouveau-né syphilitique sont extrêmement fréquentes et demandent à être recherchées systématiquement.

2° Que les deux formes principales sont les gommes, rares, et l'hépatisation blanche, si fréquente que ce terme signifie presque syphilis pulmonaire; ces deux formes pourraient coexister assez fréquemment; à côté de ces deux formes essentielles, et sans parler des lésions de début, on a noté la dilatation des bronches et peut-être aussi, une autre forme aussi rare, des lésions d'infarctus par endartérite oblitérante.

3° Que les méthodes modernes de diagnostic, recherche des bacilles tuberculeux et des autres signes de tuberculose, recherche des tréponèmes, examen histologique, sont nécessaires pour faire un diagnostic anatomique certain.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les observations qui, au point de vue clinique, peuvent donner des renseignements, sont extrêmement rares dans toute la littérature médicale. Les cas que nous avons pu observer dans le service de M. le Professeur agrégé Demelin à Lariboisière, sont seulement au nombre de deux.

Il s'agit tout d'abord d'un nouveau-né mort au bout de 3 jours, le 20 Août 1919; c'était une fille de 2.700 grammes pour 650 grammes de placenta; elle était cyanosée, dyspnéique et présentait de l'œdème mou des membres inférieurs; elle avait un gros foie et l'examen des poumons ne donnait aucun résultat positif; le traitement intensif n'empêcha pas une mort rapide. A l'autopsie, faite par le docteur Montet, on note de l'empâtement des membres inférieurs; à l'ouverture de l'abdomen, volumineux et mou, on note de l'ascite; il s'écoule 2 à 3 cuillerées de liquide jaune foncé. Le foie pèse 165 grammes au lieu de 108, poids normal; il est jaune sale, dur à couper, avec des zones de sclérose et des petites gommes disséminées dans l'organe. La rate est grosse

également, pèse 28 grammes au lieu de 8; elle est assez dure à la coupe. Le cœur est normal et petit. Les deux poumons sont farcis de taches blanchâtres de pneumonie blanche.

Le second cas est celui d'un enfant mort au 3e jour, le 21 Octobre 1919; il pesait 3.250 grammes pour 750 grammes de placenta. Cet enfant avait présenté de la dyspnée mais surtout de la cyanose; un léger œdème des membres inférieurs avait permis à notre maître, M. Demelin, de porter le diagnostic de syphilis pulmonaire. L'autopsie permit de vérifier ce diagnostic; les deux poumons étaient farcis de gommes dont une de la grosseur d'une noisette; le cœur était petit, l'oreillette droite dilatée, et ne présentant aucune malformation.

L'observation publiée par Fontan se rapporte à un enfant qui mourut au bout d'un quart d'heure et qui présentait de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs et des parois abdominales La respiration était difficile et il y avait un peu de cyanose. L'autopsie montra des viscères normaux sauf des poumons contenant de nombreuses gommes.

Les observations de Balzer et Grandhomme donnent très peu de renseignements au point de vue clinique: Pour 5 observations, leurs recherches anatomo-pathologiques ont été faites sur des enfants mort-nés dont les mères étaient nettement syphilitiques avec une infection récente. Dans une observation, celle dans laquelle ils décrivent leur forme de dilatation des bronches, ils citent le cas d'un enfant qui, né légèrement cyanosé, meurt au bout d'un quart d'heure après quelques mou-

vements respiratoires. L'autopsie montre dans le péritoine une ascite abondante.

L'observation de Grawitz, qui décrit également une forme de dilatation des bronches analogue à la forme décrite par Balzer et Grandhomme, est plus intéressante au point de vue symptomatique bien que la syphilis n'y soit pas indiquée comme certaine. Après un accouchement normal, l'enfant fait quelques mouvements respiratoires mais meurt rapidement; il est cyanosé et présente un œdème portant surtout sur la moitié droite du corps. A l'autopsie, on trouve dans le péritoine du liquide brun clair; dans la cavité pleurale droite, un peu de liquide, sans adhérences.

Hochsinger rapporte une observation de syphilis pulmonaire mais il ne s'agit déjà plus d'un nouveau-né; un enfant de 4 semaines, nettement syphilitique, présente une cyanose et une dyspnée considérable sans fièvre; l'examen pulmonaire décèle une matité insignifiante en divers points; malgré le traitement mercuriel, l'enfant meurt 10 jours après; on trouve à l'autopsie une infiltration blanche des lobes moyen et inférieur du poumon droit. Il n'y avait donc dans ce cas aucun signe physique net ni à la percussion ni à l'auscultation et Hochsinger conclut : « la syphilis pulmonaire congénitale peut évoluer sans aucun des signes cliniques apparents de participation inflammatoire de la muqueuse bronchique. » Nous sommes loin de la symptomatologie variée à l'infini qui caractérise la syphilis pulmonaire de l'adulte; d'après ces quelques observations, on peut donner comme signes de lésions pulmonaires spécifiques chez le nou-

veau-né deux signes essentiels : la dyspnée et la cyanose : l'absence de fièvre paraît être la règle. Ce sont ces deux signes que donnent tous les livres. Mais il nous semble que l'on peut leur en ajouter un troisième : l'œdème, que nous avons vu cité dans presque tous les cas.

En éliminant les cas où l'enfant présente des signes certains de syphilis, pemphigus, coryza, etc., signes que nous ne décrirons pas, et qui font immédiatement penser à la spécificité, le diagnostic de syphilis pulmonaire, dans les cas, nombreux comme nous l'avons vu, où il n'existe d'autres symptômes essentiels que la dyspnée et la cyanose, devra donc être fait avec tous les états dyspnéiques et cyanotiques qui se rencontrent si fréquemment chez le nouveau-né, au cours d'affections très variées.

Les infections et les septicémies, quels qu'en soient le point de départ et la nature, s'accompagnent de dyspnée et d'accès de cyanose ; souvent elles entraînent des lésions broncho-pulmonaires et le plus souvent, quand il n'y a pas de lésion locale pouvant diriger le diagnostic, on peut à peine reconnaître l'existence d'une infection. L'auscultation des poumons ne donne que des renseignements sans précision ; on peut trouver beaucoup de signes mais beaucoup peuvent être mis aussi sur le compte de la syphilis. L'hyperthermie peut à la rigueur éliminer cette dernière, mais dans nombre de cas de septicémie, on note l'absence de la fièvre ou même de l'hypothermie, surtout quand il s'agit de prématurés. La courbe de poids devient stationnaire puis s'abaisse mais c'est aussi une des caractéristiques de la syphilis.

Les troubles digestifs sont presque constants au cours des infections du nouveau-né, on note souvent de l'ictère mais comment différencier un nouveau-né infecté, dyspnéique, cyanosé, ictérique, d'un nouveau-né atteint d'ictère syphilitique coexistant avec de la dyspnée et de la cyanose due à une lésion pulmonaire spécifique. Les convulsions, fréquentes aussi chez les infectés, peuvent se rencontrer chez des nouveau-nés spécifiques atteints de lésions pulmonaires entraînant de la dyspnée et de la cyanose, également symptômes d'infections; sauf dans les cas où les convulsions seront dues à une infection localisée sur les méninges et où la ponction lointaine fixera le diagnostic, celui-ci sera presque impossible dans certains cas. Les hémorragies diverses, fréquentes aussi au cours des infections, ne permettront pas d'éliminer la syphilis qui en est aussi une cause fréquente. De même, comme dans la syphilis pulmonaire, il existe un œdème infectieux, lié aux autres symptômes d'infection; débutant aux mollets et aux cuisses, aux mains, aux organes génitaux externes, il est peut-être plus généralisé que celui que l'on observe dans la syphilis pulmonaire. Ces œdèmes infectieux seraient de plus, fugaces et ambulatoires, disparaissant sur un membre pour apparaître sur un autre, avant de se généraliser.

Les accès de cyanose, en dehors des infections, sont dûs aussi à l'atélectasie pulmonaire chez les débiles qui sont incapables de déplisser leurs alvéoles ou à l'obstruction des voies aériennes : c'est le cas des enfants qui ont souffert au cours du travail, des muco-

sités génitales ayant alors pénétré dans la trachée.

Les malformations du cœur ont pour symptôme capital la cyanose et la dyspnée, qui peuvent être permanentes ou survenir par crises. Dans ces cas de maladie bleue, beaucoup plus rares qu'on ne le croit, qu'il s'agisse de persistance du trou de Botal, de communication interventriculaire, de persistance du canal artériel, de rétrécissement de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, on pourra avoir des renseignements par l'auscultation du cœur, mais, bien souvent, cet examen restera négatif et la cause de cet état cyanotique et dyspnéique sera une trouvaille d'autopsie.

Les hémorragies pulmonaires dues à un traumatisme soit au cours de l'accouchement, soit au cours des manœuvres pratiquées pour ranimer un enfant né en état de mort apparente, peuvent donner au complet le tableau clinique de la syphilis pulmonaire : le nouveau-né est cyanosé, la respiration difficile; le sang peut être dégluti et donner lieu à une hématémèse ou à du melœna, ce qui peut égarer le diagnostic et faire penser à la syphilis; cependant souvent on pourra penser à l'apoplexie pulmonaire si l'enfant laisse couler une bave sanglante qui souille l'oreiller; si, à l'examen des poumons, on note une matité plus ou moins étendue d'un seul ou des deux côtés; si à l'auscultation, on peut entendre un souffle accompagné de râles humides, signe que nous n'avons trouvé dans aucune observation de syphilis pulmonaire. Mais le plus souvent, les signes observés ne permettront pas le diagnostic; la mort surviendra par asphyxie progressive en quelques

heures, comme dans la syphilis pulmonaire; l'autopsie seule permettra le diagnostic en montrant des foyers noirs d'apoplexie pulmonaire.

Les broncho-pneumonies sont la grande cause de ces états cyanotiques et dyspnéiques; au milieu des signes habituels de l'infection, l'examen du poumon peut montrer une légère submatité, quelques foyers soufflants entourés d'une zone de râles sous-crépitants très fins; mais le plus souvent l'examen est négatif et on se trouve simplement en présence du tableau que donne aussi la syphilis du poumon.

Les hémorragies méningées elles-mêmes sont une cause importante d'états cyanotiques, qu'elles soient d'origine infectieuse ou dues à un traumatisme au cours d'un accouchement difficile, que celui-ci ait été spontané ou que la version ou le forceps aient été nécessaires. Les convulsions et le coma existent bien dans les cas typiques, mais la cyanose peut aussi être le sympôme dominant; cependant, c'est peut-être l'affection la moins difficile à diagnostiquer parmi celles que nous venons de citer, grâce à la raideur de la nuque et des membres inférieurs, grâce surtout à la ponction lombaire dont Devraigne a bien montré depuis plusieurs années tout l'intérêt, à la fois aux points de vue du diagnostic et de la thérapeutique, chez le nouveau-né.

Le syndrome qui peut être dû à la syphilis pulmonaire, cyanose, dyspnée, œdème, peut aussi être rattaché à cet état décrit sous le nom d'œdème du nouveau-né, de pathogénie si discutée, et qui se manifeste surtout durant les premiers jours, de la vie, comme les

signes de syphilis pulmonaire. Pour beaucoup d'auteurs, cet état serait dû à l'insuffisance cardiaque si bien que l'on peut trouver également, avec l'œdème, de l'hydrothorax, de l'atélectasie pulmonaire, et surtout de la cyanose, ce qui augmente les difficultés du diagnostic. Mais le véritable œdème du nouveau-né ne se limite pas aux membres inférieurs comme dans la plupart des cas de syphilis pulmonaire; il apparaît ou au-dessous de l'ombilic ou aux parties déclives qui deviennent molles et tuméfiées; la peau garde, à ces endroits, l'empreinte du doigt et devient cyanosée et froide. Le pronostic, quoique très grave, l'est cependant moins que dans la syphilis pulmonaire.

Aucun signe net ne peut donc permettre de diagnostiquer la syphilis pulmonaire chez le nouveau-né, le syndrome cyanose-dyspnée-œdème, qui la caractérise, pouvant se rencontrer dans beaucoup d'autres affections. Nous venons de voir combien il peut être difficile de rapporter à des lésions pulmonaires spécifiques le tableau clinique que l'on peut observer dans des affections aussi variées: infections et septicémies; atélectasie pulmonaire chez les débiles; malformation du cœur (très rare); hémorragies pulmonaires dues à un traumatisme passé inaperçu; broncho-pneumonies; hémorragies méningées; œdème du nouveau-né.

Dans tous ces cas, où les enfants sont simplement cyanosés, dyspnéiques, présentent de l'œdème des membres inférieurs, où les parents ne présentent aucune trace de spécificité et nient tout accident, il ne faut donc pas négliger de rechercher des renseigne-

ments qui peuvent faire soupçonner et parfois permettre le diagnostic; l'interrogatoire de la mère sur la marche des grossesses antérieures a son importance, mais le fait essentiel à rechercher est le rapport du poids du placenta à celui de l'enfant. Il s'agit parfois d'enfants chétifs, mais souvent aussi de ce qu'on appellerait de beaux enfants; cet enfant que nous avons pu observer en Octobre et dont nous avons plus haut cité le cas, pesait 3.250 grammes. Dans tous les cas, le placenta était trop gros par rapport à l'enfant; il pesait 750 grammes, pour cet enfant de 3.250 grammes.

Le poids du placenta donne donc un renseignement capital qu'il faut rechercher: si ce poids représente plus du sixième du poids de l'enfant, il faut penser à une lésion pulmonaire possible comme cause du syndrome que nous avons décrit. A côté de ce renseignement précieux, la réaction de Wassermann donne également un renseignement, qu'à l'heure actuelle, on ne peut négliger.

Pour terminer, nous croyons pouvoir poser, sans y répondre, une question de pathogénie. Comment peut-on expliquer cet œdème que nous avons noté dans la plupart des observations? Ne peut-on penser qu'il est peut-être dû à une insuffisance cardiaque secondaire aux lésions du poumon? L'ascite notée souvent, dans des cas où le foie paraissait normal, l'épanchement pleural noté dans une observation, sans altération de la plèvre, ne peuvent-ils rendre plus vraisemblable cette hypothèse qu'il existe chez ces enfants une asystolie de cause pulmonaire?

CONCLUSIONS

1° Au point de vue historique, les noms qui s'attachent à la syphilis pulmonaire du nouveau-né sont surtout ceux de Depaul en 1837, de Lorain et Robin en 1855, de Balzer et Grandhomme en 1886.

2° Les méthodes modernes de diagnostic : recherche des bacilles tuberculeux et des autres signes de tuberculose, recherches des tréponèmes, examen histologique, sont nécessaires pour faire un diagnostic anatomique certain.

3° Au point de vue symptomatique, aux symptômes donnés par tous les auteurs, la cyanose et la dyspnée, il y a lieu d'en ajouter un troisième : l'œdème des membres inférieurs.

4° Le syndrome : cyanose, dyspnée, œdème des membres inférieurs, qui paraît être dû souvent à des lésions pulmonaires syphilitiques, peut être dû également à d'autres lésions, très variées, rencontrées fréquemment chez le nouveau-né.

5° Le diagnostic, dans les cas nombreux où il existe seulement le syndrome ci-dessus décrit, sans aucune lésion spécifique, cutanée ou autre, doit s'aider des renseignements que peuvent donner le poids du placenta et la réaction de Wassermann.

6° Au point de vue pathogénique, l'œdème des membres, observé au cours de la syphilis pulmonaire chez le nouveau-né, est peut-être dû à une asystolie de cause pulmonaire.

Vu : le Président,
JEANSELME

Vu . le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Billard. — *Maladies du Nouveau-né*, 1837.

Depaul. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1837.

— *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1853.

— *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1870.

Fontan. — *Mémoires et comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon*, 1865.

Parrot. — *Progrès médical*, 1877.

— *La syphilis héréditaire et le rachitis*, 1886.

Lorain et Robin. — *Gazette médicale de Paris*, 1855.

Balzer et Grand'homme. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886.

Ricord. — *Gazette des hôpitaux*, 1854.

Faget. — Etude sur la syphilis pulmonaire. *Th. Paris*, 1896.

Blanchet. — Syphilis du nouveau-né. *Th. Paris*, 1901.

Leduc. — La syphilis à la maternité de l'hôpital Tenon. *Th. Paris*, 1905.

Hudelo. — Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. *Th. Paris*, 1889.

Marfan. — Traité de médecine Charcot-Bouchard. *Gazette des hôpitaux*, 1892.

Vires. — Syphilis pulmonaire. *Gazette des hôpitaux*, 1895.

Daniel Mollière. — *Annales de dermatologie*, 1870.

La Pratique des maladies des enfants.

Balzer. — Article syphilis dans le *Traité* Brouardel et Gilbert.

Grancher et Comby. — *Traité des maladies de l'Enfance*, Tome 5.

Jambon. — *Th. Lyon*, 1905.

Bériel et Favre. — *Lyon médical*, 1906.

— *Syphilis du poumon*, 1906.

Durante. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1901.

Coulommiers. — Imp. Dessaint & Cie, 41, rue de Melun.